療養費支給申請書（立替払等） 記入例

関東百貨店 健康保険組合｜業務第二課 03-3833-6141

健康保険 被保険者 家族 療養費 支給申請書 立替払・治療用装具

被保険者情報 ❶ 被保険者等記号・番号	記号 987 番号 654321		
氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎 ❸	生年月日	(昭) 平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
住所 ❷	〒 110－0000 東京 (都) 道 府・県 台東区○○ ×－×		
	□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090 （ 1234 ）○○○○
事業所名称	（株）○○○○	提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✓）

【ご注意ください】 家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先 金融機関名称	○○○○ (銀行) 金庫・信組 農協・その他（ ）	預金種別	(普通)・当座・その他（ ）
	△△△△ (支店) 本店・出張所 その他（ ）	口座番号	1234567
口座名義（カタカナで記入）	ケンポ タロウ	口座名義区分	(被保険者) 申請者）・代理人

委任状 ❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名	
	代理人（口座名義人）	住所	
		氏名	被保険者との関係（ ）

申請内容 受診者（どちらかに✓）	□ 被保険者 ✓ 家族（被扶養者）	❺ 第三者行為によるものですか ※	はい (いいえ)
❻ 家族の場合はその方の	氏名 健保 花子 生年月日 昭 (平) 令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日	続柄（ 長女 ）	
傷病名	捻挫	発病又は負傷年月日（療養開始日）	○ 年 8 月 2 日
発病又は負傷の原因及びその経過（けがの場合は、どこでどのように負傷されたか）	原因 自宅内の段差につまづいて捻ってしまった 経過 良好		
❼ 診療を受けた病院等	名称 ○○整形外科医院 所在地 東京都台東区△△ ×－×	診療した医師の氏名	○○ ○○
診療期間（支給期間）	令和 ○ 年 8 月 2 日 から 令和 ○ 年 8 月 7 日 まで （日数 2 日）		
上記期間に入院していた場合はその期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで （日数 日）		
療養に要した費用	×,××× 円	診療の内容	検査を受け湿布を処方された
療養の給付を受けることができなかった理由	扶養加入手続き中であったため		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

❽

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 記号・番号は、マイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書（保険証）に記載されています。

❷ 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 押印は不要です。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が被扶養者でないときは、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要となります。

❺ 「はい」と答えた場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❻ 受診者が家族（被扶養者）の場合は、氏名、生年月日、戸籍上の被保険者との続柄をご記入ください。

❼ 医療機関名等をご記入ください。なお、薬剤に係る申請は、その薬局の名称等をご記入ください。
医師氏名、薬剤師氏名が不明の場合は空欄としてください。

❽ ❶の被保険者等の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

添付書類

注：診療月・入院／通院、医療機関、受診者ごとに申請書をご用意ください。

医療機関等の窓口で診療に要した費用の全額を自己負担している場合	① **診療内容を記載した証明書** 診療明細書（患者名、傷病名、診療内容の記載があるもの） ② **領収書（領収明細書）の原本** 診療に要した費用を証明した領収書
当組合の資格はあるが、以前加入していた保険証等で医療機関等を受診し、前保険者へ診療に要した費用を返還した場合	① **診療報酬明細書**（前保険者より交付を受けてください。） ② **領収書の原本** 返還請求された金額を支払ったことを証明する領収書

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。